



RON CHAPMAN, MD, MPH
Director & State Health Officer

State of California—Health and Human Services Agency
California Department of Public Health



EDMUND G. BROWN JR.
Governor

Formulario de Aviso y Divulgación

Yo, _____, por este medio concedo al Departamento de Salud Pública de California (DSPC), la División de Salud Maternal, Niños y Adolescentes (DSMNA), el derecho y permiso a usar y publicar mi historia personal (en su totalidad o en parte) y mis fotos con el propósito a añadir ejemplos para clarificar otros datos, para promover la utilidad y los beneficios del Programa de Visitas a Domicilio de California (PVDC).

Al firmar esta divulgación, doy permiso al DSPC, DSMNA, PVDC y a sus agencias locales afiliadas, a usar mi historia personal y mis fotos para el propósito del Programa o el Estado. Estos propósitos puedan incluir, pero no están limitados, a los propósitos de capacitación, divulgación comunitaria, educación, medios de comunicación y la disponibilidad de la biblioteca fotográfica de PVDC. Doy permiso a modificar mis fotos, y parafrasear, modificar, y/o poner mi historia personal en forma de conversación. Doy permiso a usar mi historia personal y fotos en combinación con o como un compuesto de otras cosas, incluyendo pero no limitándose a texto, datos, imágenes, fotos y reproducciones fotográficas, ilustraciones, animación y gráficos, vídeo o fracciones de audio, y hacer trabajos derivados a usar en publicaciones, emisiones, mensajes de servicio público y anuncios, carpetas de prensa, cartas, presentaciones, sitios de redes, redes sociales, o por cualquier forma de medios de comunicación que elige DSPC, DSMNA, PVDC para tener una influencia en la vida de las personas. Reconozco que mi historia personal y mis fotos sean incluidos en los materiales como manuales, folletos, carteles, volantes y otras publicaciones, anuncios locales y anuncios de servicio público.

Entiendo que mi historia personal y mis fotos se puedan usar para esos propósitos, pero no incluyen ni mi apellido, domicilio de mi hogar, fecha de nacimiento, correo electrónico, número de teléfono, ni cualquier otra información que se pueda usar para identificarme.

Entiendo que mi participación en el uso de mi historia personal y mis fotos es estrictamente voluntaria. Entiendo que al no participar en el uso de mi historia personal y mis fotos o no firmar este formulario de divulgación no afecta mi elegibilidad a inscribir o quedar inscrito en el PVDC.

Entiendo que las personas que miran esa información puedan revelar la información sin mi permiso.

Estoy de acuerdo que la DSMNA poseerá todos los derechos de cualquier material que desarrolló usando mi historia personal y mis fotos. Renuncio a cualquier derecho para revisar o aprobar los materiales que están preparados usando mi historia personal y mis fotos. Reconozco que no existe ninguna compensación monetaria por el uso de mi historia personal y mis fotos. Renuncio a cualquier reclamo que pueda tener que se derive de este uso. No existe ningún tipo de restricción en el uso a menos que se indique en este formulario de consentimiento. Al firmar esta divulgación, entiendo que DSMNA pueda permitir otras entidades a usar mis fotos y/o mi historia personal. Entiendo que doy mi permiso gratuitamente y no espero compensación por el uso. Cedo a DSPC y DSMNA, sus empleados, contratistas, agentes, sucesoras y cesionarias cualquier y toda responsabilidad, reclamaciones y demandas que surjan de o en conexión con el uso de mi historia personal y fotos, incluyendo pero no limitándose, a reclamos de invasión a la privacidad, difamación, y violación del derecho de publicidad.

Entiendo que esta autorización es irrevocable, lo significa que una vez que he firmado este consentimiento no puedo cancelar. También entiendo que mi revocación escrita no afectará ninguna divulgación de la información mía que DSPC y DSMNA ya hicieron basándose en esa autorización, antes del momento que lo revoco.

He leído y entiendo todo lo antedicho.

Firma de individuo: _____ Fecha: _____

Firma del representante del individuo*: _____ Fecha: _____

*El representante del individuo está autorizado al firmar para el participante porque

